

И. А. Антипина, Я. В. Приходько, М. А. Дрик

Научный руководитель: ассистент кафедры И. А. Разуванова

Учреждение образования

«Гомельский Государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШКИ ЭНТЕРОВИРУСНОГО МЕНИНГИТА В ГОРОДЕ ГОМЕЛЕ

Введение

Разнообразные по своей этиологии и клиническим проявлениям энтеровирусные инфекции (ЭВИ) неполиомиелитной природы относят к неуправляемым инфекционным болезням человека. Известно более 70 типов этих вирусов. Часть из них не вызывает заболеваний у человека. Они представляют сегодня существенную проблему здравоохранения практически всех стран мира, что обусловлено наметившейся тенденцией к активизации эпидемического процесса с развитием тяжелых клинических форм (менингитов, энцефалитов, кардитов, гепатитов и др.). Групповая энтеровирусная заболеваемость с определенной периодичностью регистрируется на всех континентах и в разных странах с различным уровнем экономического и социального развития, состояния экологии, гигиены и санитарии [1].

Что касается Республики Беларусь (РБ), то вспышки ЭВИ регистрируются начиная с 1964 г. За последние 2 десятилетия вспышки ЭВИ происходили во всех административных областях. Особо серьезной по своим масштабам и последствиям была вспышка в Минске (2003), во время которой зарегистрировано более тысячи случаев заболеваний.

Классически заболеваемость ЭВИ в разрезе административных территорий республики характеризовалась значительным «разбросом» показателей. В течение всех лет наблюдения наиболее высокий уровень регистрировался в Минске, где показатель был в 2,7 раза выше республиканского. В 2013 г. территориями со средним уровнем распространения ЭВИ были Витебская, Брестская, Минская, Гомельская и Гродненская области, с низким – Могилевская область [2].

Несмотря на многообразие клинических форм ЭВИ на протяжении многих лет в структуре госпитализированных больных преобладают энтеровирусные менингиты. Чаще болеют дети дошкольного и школьного возраста. Большая часть заболевших детей госпитализируются в первые четыре дня заболевания [3].

Цель

Проанализировать особенности клинико-эпидемиологического течения серозного менингита в г. Гомеле.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 40 медицинских карт стационарных пациентов на базе У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в период с 01.09.2023 по 01.10.2023.

Возраст пациентов, включенных в исследование, на момент поступления в стационар, варьировал от 3 до 49 лет. Статистическая обработка полученных данных проводилась посредством программы Microsoft Excel для Windows 10.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования 40 проанализированных медицинских карт стационарных пациентов распределение по полу было следующим: лиц мужского пола – 62,5 % (25 человек), женского – 37,5 % (15 человек).

Чаще всего встречались пациенты в возрасте от 3 до 15 лет – 75% (30 человек), реже встречались лица от 16 до 30 лет – 15% (6 человек), небольшое количество заболевших пришлось на возраст 31 года и старше – 10% (4 человека).

Данные о распределении пациентов по половым и возрастным группам представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение стационарных пациентов с серозным менингитом по половым и возрастным группам

Возраст (лет)	Общее количество (%; n)	Мужчины (%; n)	Женщины (%; n)
3–15	75; 30	47,5; 19	27,5; 11
16–30	15; 6	10; 4	5; 2
31 и старше	10; 4	5; 2	5; 2
Всего	100; 40	62,5; 25	37,5; 15

Большинство пациентов были доставлены в приемный покой инфекционного стационара бригадой скорой помощи с жалобами на острое начало, выраженную головную боль, не купирующуюся анальгетиками, рвоту, повышение температуры до 38,0–39,3 °С. В подавляющем большинстве обращались на 3–4-е сутки заболевания. Данная группа пациентов составила 32 (80%) человека.

Еще 5 человек (12,5%) были доставлены из поликлиник г. Гомеля, так как самостоятельно пришли на прием врача общей практики и/или педиатра. При поступлении жаловались на слабость, головную боль, головокружение, повышение температуры тела (38,0–38,5 °С), а также тошноту и рвоту.

Остальные 3 человека (7,5%) – дети 3-х и 4-х лет обратились сразу в приемный покой инфекционной больницы. У детей была обильная неукротимая рвота, температура достигала высоких цифр (39,0 °С), сбивалась на несколько градусов, затем вновь поднималась, дети были беспокойные, отказывались от еды. Родители связывали состояние ребенка с пищевым отравлением.

Во всех случаях преобладали такие симптомы как: головная боль (100%), тошнота и рвота (87,5%), фебрильная лихорадка (85,0%), головокружение (37,5%). 5 пациентов (12,5%) отмечали у себя такой симптом как боль в коленных суставах.

Ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и нижний Брудзинского были у 15 человек (37,5%). Ригидность затылочных мышц и положительный симптом Кернига у 4 пациентов (10%), только ригидность затылочных мышц у 13 человек (32,5%). Не было ни одного из вышеперечисленных симптомов у 20% (8 человек).

Всем пациентам в день госпитализации брали на исследование спинномозговую жидкость (СМЖ). У 100% (40 чел.) исследуемых цвет СМЖ до и после центрифугирования оставался бесцветным, осадка не наблюдалось. Из биохимического исследования рассматривались такие показатели как общий белок и глюкоза. В пределах нормы общий белок (0,1–0,3 г/л) был лишь у 30% (12 чел.). У остальных пациентов (28 чел.) – 70% был повышен. Уровень глюкозы оставался в пределах нормы у всех исследуемых.

Цитоз в спинно-мозговой жидкости колебался от $22,6 \times 10^6/\text{л}$ до $832,1 \times 10^6/\text{л}$ средний – $193,7 \times 10^6/\text{л}$.

У 26 (65%) пациентов был лимфоцитарный плеоцитоз спинно-мозговой жидкости, у 9 (22,5%) нейтрофильный, также были выявлены случаи смешанного цитоза – у 5 (12,5%) человек.

Выводы

Среди пациентов, больных серозным менингитом в большинстве случаев (62,5%) встречались мужчины. Возраст пациентов чаще всего колебался от 3 до 15 лет (75%).

В подавляющем большинстве случаев обследуемые (80%) доставлялись бригадой скорой помощи на 3–4-е сутки заболевания.

Наиболее часто встречаемыми симптомами были головная боль (100%), тошнота и рвота (87,5%), фебрильная лихорадка (85,0%), головокружение (37,5%).

У большинства пациентов из менингеальных симптомов встречались ригидность затылочных мышц (80%), положительные симптомы Кернига (47,5%) и нижний симптом Брудзинского (37,5%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козловская, О. В. Эпидемиологические, клинические и диагностические особенности энтеровирусной инфекции у детей и взрослых [Электронный ресурс] / О. В. Козловская, Л. Л. Катанахова, Н. Н. Камка, А. Н. Евсеева // Вестник СурГУ. Медицина, С. 56-60, 2018. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskie-klinicheskie-i-diagnosticheskie-osobennosti-enterovirusnoy-infektsii-u-detey-i-vzroslyh/viewer>. – Дата доступа: 10.10.2023.
2. Амворсьева, Т. В. Энтеровирусные инфекции в Республике Беларусь [Электронный ресурс] / Т. В. Амворсьева, Н. В. Поклонская, В. Л. Зуева, З. Ф. Богуш, К. Л. Дедюля, А. Н. Лукашев // Эпидемиология и инфекционные болезни, С. 37–43, 2014. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/enterovirusnye-infektsii-v-respublike-belarus/viewer>. – Дата доступа: 10.10.2023.
3. Энтеровирусные менингиты у детей: современные подходы к диагностике и лечению / Г. П. Мартынова [и др.] // Детские инфекции. – 2018. – № 17(3). – С. 11–16.

УДК 616.2-002.17-002.191-078-052

Е. П. Баранова, М. А. Дрик

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Введение

Муковисцидоз (МВ) является мультисистемным заболеванием, поражающим дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, печень, поджелудочную железу, слюнные, потовые железы, репродуктивную систему. При этом патология дыхательных путей является главной причиной осложнений и летальности (более чем в 90% случаев) при МВ. Рецидивирующие респираторные эпизоды, как правило, заканчиваются формированием порочного круга, включающего увеличение вязкости мокроты, обструкцию дыхательных путей, инфекцию и частые воспаления. Длительно персистирующая инфекция нижних дыхательных путей при МВ и как следствие – необходимость регулярного применения антибактериальных препаратов неизбежно ведет за собой изменения в составе кишечной микрофлоры [1]. При нормальной микрофлоре в желудочнокишечном тракте вырабатываются вещества с антибактериальной активностью (бактериоцины и короткоцепочечные жирные кислоты – молочная, уксусная, масляная), которые предотвращают внедрение патогенных микроорганизмов, избыточный рост и развитие условнопатогенной микрофлоры, обеспечивая достаточный уровень колонизационной резистентности. Наиболее выраженными антагонистическими свойствами среди нормальных обитателей толстой кишки обладают бифидо- и лактобактерии, энтерококки и кишечная палочка. Дисбио-